

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1960

THÈSE

N°

439

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Liane M I S E S

née le 12 Juillet 1931 à BOTOSANI (Roumanie)

Présentée et soutenue publiquement le :

1960

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'AMBLYOPIE PSYCHOGENE
CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT.

Président : Mr. RENARD, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1960

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Liane M I S E S

née le 12 Juillet 1931 à BOTOSANI (Roumanie)

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'AMBLYOPIE PSYCHOGENE
CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT.

Président : Mr. RENARD, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS.V^e





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550417_0029

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

18-1-60

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guittain (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
» (Prof. à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
» » (Prof. à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» » (Prof. à titre personnel)	BOURLIERE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales	QUÉNU (J.)
	PATEL (J.)
	GOSSET (J.)
	MOULONGUET (P.)
	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	DECOURT (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	LAMY (M.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique gynécologique (Bocca)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (St-Anne)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	LENÈGRE (J.)
	SOULIÉ (P.)
Cliniques médicales	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	BARIÉTY (M.)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hotel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÈNEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)

Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	MM.	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive		JOANNON (P.)
— (Prof ^r à titre personnel)		DEPARIS (M.)
Médecine du Travail		DESOILLE (H.)
Médecine légale		PIÉDELIEVRE (R.)
Parasitologie		GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale		COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique		LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée		MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale		MILLIEZ (P.)
Pathologie et thérapeutique générales		GARCIN (R.)
Pharmacologie		CHEYMOL (J.)
» (Prof ^r à titre personnel)		LÉVY (Mlle J.)
Physiologie		BINET (L.)
» (Prof ^r à titre personnel)		BARGETON (D.)
Physique médicale		DOGNON (A.)
» (Prof ^r à titre personnel)		DJOURNO (A.)
Radiologie médicale		DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale		LÉGER (L.)
Thérapeutique		BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

MM.	MM.
Anatomie. { CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)	Orthopédie. { JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique { GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie DEBAIN (J.)
Anesthésiologie. VOURE'H (G.)	Parasitologie. { BRUMPT (L.C.), pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Bactériologie. { NÉVOT (A.) pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)	Pathologie chirurgicale { BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) agr. par. LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERRON (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale. { DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONSKI (J.), m. conf.	Pathologie exotique SCHNEIDER (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports PLAS (F.)	Pathologie expérimentale { CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) RICHEL (G.)
Carcinologie. { DENOIX (P.) MATHE (G.)	Pathologie médicale. { AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (G.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (G.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.), m. conf. ROYER (P.) WOLFROMM (P.)
Dermato-Syphiligraphie. DUPERRAT (B.)	
Electro-Radiologie LEDOUX-LEBARD (G.)	
Embryologie. TUCHMAN-DUPLESSIS (H.), pr. s. ch.	
Hématologie { BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)	
Histologie. { COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)	
Hydrologie CORNET (A.)	
Hygiène. { BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)	
Maladies infectieuses { BASTIN (R.) DUPONT (V.)	
Médecine légale. { DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)	
Médecine du travail. ALBAHARY (C.)	
Neurologie. { LHERMITTE (F.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)	
Obstétrique { BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)	
Ophthalmologie.	

	MM.		MM.
Pédiatrie-Puériculture . . .	JOSEPH (R.)	Pneumo phtisiologie . . .	KREIS (B.)
	MANDE (R.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
	MOZZICONACCI (P.)	Psychiatrie infantile . . .	DUCHÉ (D.)
	POLONOVSKI (G.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Pharmacologie	ROSSIER (A.)	Stomatologie	CERNÉA (P.)
	BOISSIER (J.)		CHAPUT (A ^{mo} A.), m.c. agr
Physiologie	LECHAT (P.)	Thérapeutique	GRELLET (M.)
	PARROT (J.), pr. s. ch.		CHASSAGNE (P.)
	DEJOURS (P.)		LAMOTTE (M.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.), m. conf.	Urologie	QUENU (L.)
	pr. s. ch.		
	KELLERSHOHN		

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE	Clinique obstétricale . . .	GRASSET (J.)
Clinique chirurgicale . . .	ABOULKER (P.)		LEPAGE (F.)
	AMELINE (A.), pr. s. ch.		MAYER (M.)
	HUGUIER (J.)		RAVINA (J.)
	OLIVIER (G.)	Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.)
	PADOVANI (P.)		OFFRET (G.)
	POILLEUX (F.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
	ROUX (M.)		
Clinique médicale	VERNE (J.-M.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
	BOUDIN (G.)	Clinique psychiatrique . .	BARUK (H.)
	CONTE (M.)		KUSS (R.)
	DOMART (A.)	Clinique urologique . . .	
	PERRAULT (M.)	Médecine légale	GAULTIER
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)		
	TURIAF (J.)		

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Biochimie médicale	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté . . M. LENA (J.)

Secrétaires M^{me} BEURLAND (H.), M^{lle} CHAINTREUIL (G.), M^{lle} HURÉ (A.)

Conservateur en Chef M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs M^{lles} DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)

Bibliothécaires } M^{mes} CONTET (J.), FORGET (F.),
M^{lles} LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes parents, à mon frère

dont le soutien, la confiance qu'ils m'ont accordés,
m'ont permis de mener à bien mes études.

Qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde
affection et de ma gratitude.

A mes amis.

A mon maître, le Professeur RENARD, professeur de clinique à la Faculté,
ophtalmologiste des Hôpitaux

qui m'a fait le grand et double honneur de me
prodiguer ses conseils dans l'élaboration de
cette thèse et d'en accepter la présidence,
mes respectueux hommages.

A mes maîtres,

le Dr UHRY, médecin des hôpitaux

le Dr LAYANI, médecin des hôpitaux

le Pr PETIT - DUTAILLIS, professeur honoraire à la Faculté,
neuro-chirurgien des Hôpitaux

le Dr BRAUM - VALLOM, ophtalmologiste des hôpitaux

le Dr DOLLFUS, ophtalmologiste des hôpitaux

le Dr FISCHGOLD, électro-radiologiste des hôpitaux.

I N T R O D U C T I O N

Les manifestations fonctionnelles psychogènes sont particulièrement fréquentes chez l'enfant et l'adolescent.

1/ - En effet l'enfant présente un terrain psychogène particulièrement mouvant et plastique : il imagine, il crée et croit à ce qu'il a construit.

2/ - Quant à l'adolescent, il est particulièrement fragile au moment de ces remaniements structuraux qui marquent cet âge et que certains auteurs ont ramenés à la soit-disant crise d'originalité juvénile.

Ces manifestations peuvent revêtir de multiples aspects. A côté des grands accidents classiques décrits par BABINSKI, les troubles sensoriels sont souvent rencontrés : surdité, aphonie, nombreuses manifestations oculaires.

Parmi celles-ci, les amblyopies psychogènes posent à l'ophtalmologiste des problèmes parfois malaisés à résoudre :

- a/ - d'une part faire la preuve de la nature psychogène de l'amblyopie à l'exclusion de toute affection organique;
- b/ - d'autre part, savoir, par son attitude à l'égard du patient et de son entourage, amorcer une approche psychothérapique bien comprise, éventuellement complétée par une enquête et un traitement psychiatrique chaque fois que cela sera nécessaire.

Les cas que nous allons présenter ont eu un aboutissement assez rapide: par quelques manoeuvres destinées à la tromper et un peu de suggestion, le malade a récupéré une acuité normale. Sortant du cabinet de consultation, il était guéri de son symptôme, sinon de ses perturbations affectives.

Mais la preuve de la nature fonctionnelle de la baisse visuelle n'est pas toujours aussi immédiate.

L'amblyopie psychogène présente deux écueils communs à tout symptôme fonctionnel :

- 1/ - prendre pour fonctionnel , ce qui est organique et passer à côté d'une lésion débutante du tractus optique,
- 2/ - et inversement s'attacher à une lésion minime ou à un trouble de réfraction pour expliquer une manifestation fonctionnelle pure.

Au cours de l'examen il faudra s'efforcer de regrouper certaines nuances cliniques communes à toutes ces amblyopies fonctionnelles.

Nous avons pour cela essayé de trouver dans la littérature récente, certains critères propres à l'amblyopie psychogène, à travers les nombreuses observations et études qui y ont trait, notamment les travaux de YASUMA . TOUSSAINT, LINCOFF et EMMIS . FRANCOIS, KLUYSKEMS.

Auparavant l'absence de signes objectifs éliminera les amblyopies liés à une lésion organique évidente du tractus visuel ou à des troubles de réfraction.

- Quant à l'amblyopie congénitale, son diagnostic ne se pose pratiquement pas, car l'amblyopie d'origine psychogène entre dans le cadre des amblyopies d'apparition récente; et le trouble visuel est accusé comme récent par le malade.

- Plus difficile sera de démontrer la nature uniquement fonctionnelle des symptômes et notamment de rejeter la possibilité d'une lésion débutante des voies optiques rétro-biliaires, avec toutes les sanctions pronostiques ou thérapeutiques qu'un tel diagnostic peut entraîner.

C'est pourquoi des examens répétés, une surveillance étroite du malade s'imposera dans tous les cas difficiles.

Enfin, de façon un peu schématique il faudra différencier trouble psychogène et simulation volontaire franche. Là aussi des procédés d'examens, le caractère de certains résultats, le comportement du patient, pourront nous guider.

Nous y reviendrons au cours de notre exposé.

Quant aux éléments psycho-pathologiques positifs, ils nous seront fournis par l'étude :

- 1/ - du comportement du malade devant les différents tests visuels,
- 2/ - des événements récents, voire immédiats, ayant précédé les premières manifestations visuelles,
- 3/ - enfin par l'étude des antécédents personnels et familiaux et du milieu.

Nous verrons au cours de cette étude, qu'il importe à tout prix d'éviter de "suggérer" les symptômes à de tels sujets ou de les

"fixer" dans leur trouble en les méconnaissant.

Au terme de ce bilan, il faut envisager une attitude thérapeutique :

- 1/ - Traitement immédiat du symptôme par méthode de suggestion. Ce traitement sera plus ou moins facile selon la malléabilité du sujet, son intelligence et surtout selon l'"utilité" du symptôme de conversion.

Plus souvent l'ophtalmologiste pratiquera une thérapeutique progressive au moyen d'un placébo approprié-

L'isolement, loin du milieu familial, sera parfois nécessaire.

- 2/ - Mais surtout à plus lointaine échéance, il faut envisager le devenir psychique de ces malades et situer des troubles qui peuvent aller d'une simple réaction d'opposition jusqu'à des formes psycho-pathologique graves.

=====

O B S E R V A T I O N S

Ier Cas

D. Nicole - 12 ans

Il y a un mois, l'enfant se plaint d'une baisse de la vue de l'oeil droit, au cours d'une fatigue, et quelques jours après, d'une perte totale de la vision de cet oeil, le 25.IO.47.

Un médecin est vu à plusieurs reprises et aurait parlé de traces d'hémorragies rétiniennes et prescrit successivement pilocarpine puis atropine.

L'enfant est vue par le Pr. RENARD le 18.II.47 :

- L'oeil droit est sous dilatation atropinique.

- Le fond d'oeil, la tension oculaire, la pression de l'artère centrale de la rétine sont normaux :

VO6 = 9/10 sans correction.

L'enfant dit ne pas voir les mouvements de la main avec l'oeil droit, ni même la lumière, mais lorsqu'on obture l'oeil gauche, l'oeil droit suit quand même les mouvements de la main.

Et après une épreuve de contrôle consistant simplement à la mise en place d'un verre dépoli devant l'oeil gauche et d'un

verre sphérique de + 1,50 devant l'oeil droit, l'enfant voit d'emblée 5/10.

De près avec + 5, elle lit facilement des caractères moyens malgré la dilatation atropinique.

On n'a retrouvé aucun facteur déclenchant à cette amblyopie, mais après traitement par un collyre banal, nous avons su qu'elle a retrouvé petit à petit sa vision de l'oeil droit.

2 ème Cas

H. Huguet - 7 ans

L'enfant est conduite pour baisse de vision progressive et rapide , depuis quelque temps.

Un médecin aurait trouvé une vision à 10/10 lors d'un premier examen.

Deux mois après, baisse de la vue à 8/10, puis 6/10 avec maculas suspectes (?)

L'enfant est alors examinée à Nantes où l'on trouve :

- un champ visuel rétréci,
- une baisse de l'acuité à 4/10
- un scotome central aux couleurs.

Une radiographie de la selle turcique est pratiquée et s'avère normale. Néanmoins, en l'absence de signes objectifs, les médecins concluent à la possibilité d'une arachnoïdite opto-diasmatique au début et préconisent une intervention intra-cranienne et demandant au Pr RENARD une confirmation du diagnostic avant cystérmographie.

A l'examen :

- réflexe photomoteur,
- fond d'oeil,
- tension de l'artère centrale de la rétine,

sont normaux.

- l'acuité est à 1/10 non améliorée par des verres,
- le champ visuel est rétréci concentriquement au point de fixation
(mais l'enfant n'est pas gêné pour marcher et a un bon test de surprise).

- vision rapprochée : ne lit que les gros caractères.

Il est à noter que lors de l'examen, toute tentative de contrôle est enrayée par la mère, présente à l'examen, qui intervient pour répondre à la place de sa fille, tant et si bien que le Pr. RENARD est obligé de la prier de se retirer.

En interposant devant un, puis devant les 2 yeux, des verres de Tscheming d'abord très foncés, avec lesquels l'enfant continue à avoir I/IO, puis de plus en plus clairs, le Pr. RENARD arrive au bout d'une demi heure à obtenir pour chaque oeil une acuité visuelle de 9/IO.

La question de l'arachnoïdite ne se posant plus, il fait part du diagnostic de pithiatisme à la mère, que celle-ci n'accepte qu'en protestant..

Nous avons su depuis que l'enfant ne s'était plus plainte de sa vue, mais qu'elle avait subi une trépanation mastoïdienne droite puis gauche, à quelques mois d'intervalle, sans qu'on ait pu trouver trace, lors de l'intervention, de lésions de la mastoïde.

Quelques mois après, l'enfant a subi une appendicectomie sur appendice sain !

Le médecin traitant nous a confirmé que l'enfant invoque sans cesse de nouvelles maladies.

Nous n'avons là non plus, mis à part l'attitude abusive et complète de la mère, aucun élément déclenchant connu.

3^{ème} cas

Pr. Yves - 10 ans

L'enfant a eu une méningite à pneumocoque, un an auparavant, Son père, médecin, a fait pratiquer des examens de fond d'oeil répétés, qui se sont avérés normaux et l'acuité a toujours été des 2 côtés de 10/10.

Mais depuis 15 jours, il accuse une baisse de la vue assez brutale avec une acuité de 3/10 environ des deux cotés.

La cuti-réaction est positive depuis un an . Mais aucun trouble de l'état général n'est noté:

- VS à 9-22-85
- Hémogramme normal
- BW négatif.

Le père inquiet de ce trouble visuel isolé et inexpliqué nous amène l'enfant en consultation.

A l'examen :

- fond d'oeil,
 - réflexe photomoteur
 - tension oculaire
- sont normaux.

L'enfant est difficile à interroger. Il a une acuité à 3/10, qu'on ne peut améliorer par des verres, mais après le même procédé que précédemment, l'acuité remonte à 10/10 de chaque oeil.

L'enfant n'a jamais été revu.

On peut retenir ici une cause: sa jalousie à l'égard d'un frère plus jeune.

4^eme cas

C. Jacques 20 ans

Ce jeune homme déclare avoir toujours médiocrement vu, et trouve que la vision aurait baissée depuis un an.

C'est un jeune homme de caractère très fermé, n'ayant jamais quitté sa mère, et il envisage avec beaucoup d'appréhension d'être appelé au service militaire.

Il a un frère beaucoup plus jeune, beaucoup plus choyé et entouré d'attentions par sa mère, et envers lequel il manifeste parfois une certaine jalousie.

A l'examen, il a environ 3/10 non améliorables par des verres . Il n'a aucun trouble de réfraction et bien sûr les examens du fond d'oeil, du réflexe photomoteur, la tension oculaire sont normaux. Les champs visuels sont normaux.

On essaie alors des verres de Tscherning de teinte dégressive associés à des prismes légers et on arrive ainsi, sans aucune correction à obtenir une acuité visuelle de 9/10 de chaque oeil.

Un traitement conjonctival banal par un collyre au sulfate de zinc a entraîné une amélioration définitive.

5 ème cas

Mr. B. - 26 ans

Il s'agit d'un adulte jeune dont le cas nous a paru intéressant à joindre aux observations précédentes.

Depuis 2 ans, il aurait souvent eu un brouillard devant les yeux, phénomène durant chaque fois une vingtaine de minutes.

La veille de l'examen, il sent de vagues douleurs oculaires, qui deviennent de plus en plus prononcées et présente dans l'après midi une cécité totale.

A 19 heures, il n'accuse plus qu'une perception lumineuse des deux yeux.

Il voit alors un oculiste qui trouve :

- un fond d'oeil
 - une tension oculaire
 - un réflexe à la lumière
- normaux et prescrit du Bénerva.

Lorsqu'il nous le conduit en consultation, le malade dit voir un peu mieux et arrive à distinguer les phares d'une automobile.

Antécédants :

- il y a un an , le malade est victime d'un accident (chute de motocyclette) sans traumatisme crânien;

- il y a 3 mois, il subit un choc psychique très important:
il a renversé et tué un cycliste avec sa voiture.

Ce sujet est , par ailleurs, très nerveux et émotif.

A l'examen :

- le réflexe photomoteur
 - la tension oculaire
 - le fond d'oeil
- sont normaux.

Il dit avoir une perception lumineuse, dans un champ assez étendu.

Après instillation de sulfate de zinc, interposition de verres colorés de plus en plus clairs, on trouve rapidement, en suggestionnant le malade sur l'action immédiate du sulfate de zinc, une acuité normale.

DISCUSSION

C'est un processus d'élimination (absence de tout signe organique) qui nous a amené à envisager le diagnostic de troubles exclusivement fonctionnels chez nos malades.

En effet on notait l'intégrité du fond d'oeil, des milieux transparents, un chiffre normal de tension oculaire et de pression artérielle rétinienne, l'absence de troubles de réfraction importants.

Dans un cas, nous avons observé des modifications du champ visuel à type de rétrécissement concentrique et de scotome central aux couleurs, qui pouvaient orienter l'ophtalmologiste vers une affection organique (névrite optique rétro-bulbaire).

Mais contrastant avec la baisse visuelle importante, les réponses aux tests de surprise, aux mouvements suivis de la main, étaient normales; et ceux qui n'accusaient qu'une perception lumineuse se guidaient sans encombre.

Enfin, par des procédés simples :

- 1/ - interposition de verre photométriques de Tcherning, d'abord très foncés, puis de plus en plus clairs, auxquels on associa une fois des prismes légers,

2/ - instillation d'un placébo douloureux, caractère nécessaire et suffisant pour persuader le malade de son efficacité (en l'occurrence, du collyre au sulfate de zinc),

l'examineur a obtenu une remontée rapide, voire immédiate, de l'acuité visuelle, affirmant par là la nature fonctionnelle des troubles et mettant fin à toute autre hypothèse.

Nous insisterons au passage sur la difficulté diagnostique, quand existe une acuité "utilisable" de 3 à 4/10.

On comprend bien moins le rôle que certains auteurs ont voulu attribuer à ce symptôme, dont la finalité serait simple et qui serait d'empêcher que l'enfant ne voit des spectacles traumatisants.

Il est regrettable que nous n'ayons eu aucune enquête neuro-psychiatrique, et notamment ni quotient intellectuel, ni tests projectifs, ni électro-encéphalogramme.

Mais nous savons combien les parents n'acceptent souvent que difficilement le diagnostic de pithiatisme. Nous n'insisterons pas sur la difficulté qu'il y a à leur faire admettre la nécessité d'un examen psychiatrique pour leur enfant - d'autant plus que celui-ci est apparemment guéri !

ELEMENTS DE DIAGNOSTIC POSITIF

Lorsque la nature psychique des symptômes visuels ne fait pas sa preuve par une récupération spectaculaire, un faisceau "d'impressions" réunis lors de l'examen du malade pourra cependant orienter l'ophtalmologiste.

I - C'EST D'ABORD LA NEGATIVITE DE L'EXAMEN OBJECTIF DU GLOBE OCULAIRE

Après correction des troubles de réfraction, s'il en existe, l'amblyopie persiste, alors que rien d'organique ne l'explique.

- Le fond d'oeil, notamment les papilles, les maculas, les vaisseaux, et la tension artérielle rétinienne, sont normaux.

- La tension oculaire est normale, de même que

- les milieux transparents. On éliminera en particulier par un examen biomicroscopique :

- une uvéite avec trouble du vitré
- une cataracte postérieure
- une cyclite.

- Quant au réflexe photomoteur, il peut être un peu paresseux la pupille est quelquefois en mydiase. S'agit-il de phénomènes statiques ou paralytiques ? WILERAND et SAENGER rappellent qu'il peut exister chez les schizophrènes des troubles pupillaires analogues, qui sont restés inexpliqués. Mais ces deux signes sont sans doute physiologiques chez ces enfants émotifs.

II - QUELS SONT LES SIGNES PLUS PARTICULIERS EN FAVEUR D'UNE AFFECTION PSYCHOGENE ?

A - PERTES

I/ - Quelque soit le mode évolutif de l'amblyopie :

- . début par une cécité complète et bilatérale d'emblée,
- . baisse progressive de la vue,
- . ou au contraire fixation de l'amblyopie à un certain degré d'acuité,

que cette amblyopie soit uni ou bilatérale, l'acuité visuelle ne donne aucun renseignement positif.

Dans certains cas cependant, un caractère peut guider le médecin: sa variabilité d'un examen à l'autre.

Il faut noter encore qu'assez souvent, la vision rapprochée est très correcte, contrastant avec l'altération apparemment importante de la vision de loin.

C'est le cas d'une de nos malades qui lit bien les caractères moyens avec un verre de +5 dioptries, malgré une dilatation pupillaire atropinique.

2/ - Le champ visuel, mesuré à l'écran noir de Bjerrum ou au compimètre de Goldmann, peut montrer des modifications de tous types, dont aucun n'est pathognomonique.

1/ - Le rétrécissement concentrique, donnant le classique champ tubulaire, est le plus souvent rencontré.

- EAMES en relate 17 cas chez des enfants, dont 8 avec amblyopie,
- YASUNA en donne la description au cours d'une étude de 19 cas,
- J. FRANCOIS en retrouve 6 dans un rapport de 7 cas.

" A l'intérieur de ce champ visuel tubulaire, toutes les sensibilités sont normales ; en dehors de cette aire les impressions périphériques sont reçues mais non acceptées" (TOUSSAINT)

Nous reprenons dans le courant de cet exposé les expériences de KENT et SCHLAEGER, concernant cette perception inconsciente et ce refus de la périphérie du champ visuel.

Signalons ici, qu'on peut observer un autre type de rétrécissement dans d'autres affections psychiatriques. Il s'agit de champs visuels en spirale, "en colimaçon", ou champs visuels de fatigue que TRAQUAIR décrit de la façon suivante :

" Dans la neurasthénie, la névrose d'angoisse ou la névrose traumatique, les champs visuels sont caractérisés par leur instabilité: leur périphérie se resserre au fur et à mesure que se prolonge l'examen pour aboutir, après une spirale, à un champ limité plus ou moins au point de fixation".

J. FRANCOIS en décrit un cas dans son rapport précité.

2/ - Beaucoup plus rares sont les scotomes centraux. Ils peuvent être de types variés:

- scotomes centraux de grande densité, souvent bilatéraux (LINCOFF : deux cas)
- scotomes annulaires, associant rétrécissement concentrique et scotome central (LINCOFF et ENNIS)

- scotomes colorés (deux cas rapportés par WOLFF et LACHMANN)

3/ - Signalons encore la forme hémianopsie de TRAQUAIR

Cette forme d'altération se présente de la façon suivante : l'exploration isolée de chaque oeil donne des tracés normaux, alors que l'exploration binoculaire met en évidence une "fausse hémianopsie", le patient étant convaincu qu'il ne doit pas voir dans l'hémi-partie de son champ visuel, homolatérale à l'oeil porteur d'une lésion organique supposée réelle.

On a également décrit :

- des hémianopsies bitemporales
- ou à limites horizontales (LINCOFF)
- ou même des quadranopsies (BERARD et Mme PREVOT)

Mis à part le rétrécissement concentrique du champ visuel les altérations campimétriques sont très sujettes à caution, et pour la plupart des auteurs (KLUYSKENS, TOUSSAINT, LINCOFF et ENNIS), elles semblent avoir été suggérées par l'examineur, surtout en ce qui concerne les scotomes centraux et les scotomes annulaires bilatéraux, par l'exploration insistante et initiale des taches de MARIOTTE, lors de réponses équivoques dans ces zones.

Nous reviendrons dans le courant de ce chapitre sur certains caractères spécifiques des champs visuels dans l'hystérie.

Ainsi donc les données immédiates de la mesure de l'acuité visuelle et du champ visuel sont peu probantes.

Par contre :

B/ - Certains signes ou certaines investigations permettent par leur association de porter le diagnostic d'affection psychogène.

I/ - D'abord l'attitude du malade :

Il entre, guidé souvent par un aide, les yeux parfois protégés par des verres teintés. Il se plaint de photophobie et de vagues douleurs arbitraires ou oculaires.

D'emblée, on peut être frappé par l'attitude, le port de tête. TERRIEN et DUKE-ELDER en donnent les descriptions suivantes:

TERRIEN note que la pithiatique incline la tête en avant "comme pour fuir la lumière, alors que l'aveugle marche les yeux dirigés vers le ciel, pour la recueillir toute entière".

DUKE-ELDER insiste sur le comportement des aveugles fonctionnels qui ont tendance soit à rester absolument immobiles, inactifs et même nonchalants, soit au contraire à heurter volontairement les objets pour prouver la réalité de leur amaurose (et c'est le cas des simulateurs).

TOUSSAINT décrit leur attitude au cours de l'examen :
" ils clignent fréquemment des yeux, prennent une expression d'effort, et lisent avec une extrême lenteur, en demandant, pour "se reposer les yeux", une longue pose entre chaque lettre.
Ils ne se plaignent jamais de modifications du champ visuel et circulent avec nonchalance, sans heurter les obstacles disséminés dans le local d'examen".

P. FRANCOIS brosse du comportement de ses petits malades le tableau suivant :

"Il est assez curieux de constater que dans tous les cas, si l'on arrive à améliorer l'acuité visuelle, l'enfant semble faire un réel effort pour lire: chaque lettre est lue séparément et il existe un temps de latence pour la lecture de la lettre suivante.

Il épelle la ligne lentement, comme s'il percevait la lettre indépendamment des autres. La récupération visuelle est souvent transitoire et l'on peut voir retomber rapidement l'acuité visuelle, en passant d'un oeil à l'autre, en rendant au sujet la vision binoculaire, ou en attendant quelques instants après la récupération".

Nous ne nous attarderons pas sur la valeur des réactions à la menace, à la surprise (éclairage brutal de l'oeil supposé amblyope, approche d'un objet tranchant devant cet oeil, après interposition d'un verre légèrement convexe, etc...). Ces réactions sont souvent absentes chez l'hystérique; mais nous savons qu'elles peuvent être abolies par un simulateur entraîné.

2/ - En deuxième lieu, on a beaucoup insisté sur des caractères bien particuliers des champs visuels et très évocateurs d'hystérie, applicables aux rétrécissements concentriques.

a/ - La pente des tracés est toujours très abrupte alors que "dans les désordres organiques du tractus optique, les limites des champs visuels montrent une graduation variant avec la taille de l'objet." (YASUNA)

b/ - "l'élargissement temporel du champ visuel a disparu, et on a un cercle presque parfait, au lieu des contours irréguliers habituels.

Les champs visuels sont si réguliers qu'ils semblent tracés au compas autour du point de fixation" (YASUNA)

L'étendue du champ de vision présente une constance assez grande pour être signalée (20° autour du point de fixation dans de nombreuses observations).

- c/ - Les modifications du champ visuel restent inchangées quelle que soit la distance du sujet à l'écran, et sont indépendantes de la taille du test employé :
les isoptères restent les mêmes, que l'enfant soit à 1 mètre ou à 2 mètres de l'écran campimétrique.
- d/ - Il existe une inversion du champ visuel des couleurs;
l'isoptère du bleu est plus contrasté que celui du rouge.
- e/ - Il existe également une inversion des limites campimétriques déterminées dans le sens centripète et centrifuge
à partir du point de fixation: KLUYSKENS en a étudié les modalités et contrôlé ce phénomène par étude électro-encéphalographique.

L'inversion des limites du champ visuel se traduit par le phénomène suivant : l'isoptère obtenu en déplaçant le test dans le sens centripète est plus large que l'isoptère obtenu dans le sens centrifuge.

Cette inversion permet la différenciation rapide entre un rétrécissement concentrique d'origine traumatique et un rétrécissement d'origine fonctionnelle.

De plus, on pourrait prouver la réalité de l'inversion par l'enregistrement EEG des limites du champ visuel (KLUYSKENS et TITECA).

"Au cours de cet enregistrement le sujet est assis dans l'obscurité complète et ne voit pas le périmètre; il fixe le point central du périmètre, qui ne peut pas être éclairé, car l'éclairage du point de fixation empêche l'apparition d'ondes alpha.

Le malade est prié d'annoncer par le mot "oui" l'apparition du spot lumineux, par le mot "non" sa disparition. Le périmétriste déplace silencieusement le spot de la périphérie (100°) vers le centre (0°), puis du centre vers la périphérie (100°) du même côté du champ visuel, en faisant tous les 10° , un signe tacite à l'électro-encéphalographiste enregistreur. Ce dernier inscrit la réponse valable du sujet examiné directement sur le tracé".

Il faut orienter l'oeil du sujet vers le point de fixation en l'indiquant de temps en temps à celui-ci.

Dans le plus grand nombre de cas le "oui" du sujet (limite centripète) est inscrit plus loin du point de fixation que le "non" (limite centrifuge).

Lors de la projection des spots lumineux, à l'enregistrement EEG de la réaction d'arrêt au niveau des électrodes occipitales, la disparition des ondes alpha est plus précoce dans le sens centripète que leur réapparition dans le sens centrifuge.

Ce phénomène d'inversion semble pour KLUYSKENS lié soit à un processus de simulation plus ou moins conscient, soit à un processus d'inhibition de la perception consciente.

"Il est cependant remarquable", ajoute l'auteur,
"que dans tous les cas de rétrécissement concentrique
fonctionnel, dont nous avons pu enregistrer les limites
au moyen de l'EEG, jusqu'à présent la limite déclarée
par le sujet ne correspond aucune fois à la limite de
l'enregistrement. Cette dernière limite peut toujours
être située à la hauteur normale" !

f/ - Rapportons encore une épreuve qui peut être intéressante quant à l'étude du champ visuel: c'est la mesure du champ visuel binoculaire. Le malade ne projette pas correctement le scotome centro-coecal, de même que les deux taches aveugles (LINCOFF).

C/ - Des manifestations oculaires parasites peuvent venir se greffer sur les manifestations visuelles.

Leur association incongrue peut aussi orienter l'ophtalmologiste. Un trait en effet est caractéristique des manifestations psychogènes et c'est un point sur lequel nous ne saurions manquer d'insister, plus on s'intéresse au malade, plus on en découvre.

Ce peuvent être :

1/ - des troubles sensitifs portant sur le territoire du trijumeau, plus fréquents chez l'adulte que chez l'enfant;

2/ - des céphalées périorbitaires ou orbitaires, des douleurs oculaires mal définies, avec asthénopie:

"L'enfant est fatigué lors des efforts de lecture et attire lui-même l'attention sur ses yeux. Il présentera fréquemment des céphalées de type oculaire augmentant lors des efforts visuels.."

(P. FRANCOIS)

Ce peuvent être aussi :

3/ - des troubles de la motricité intrinsèque de l'oeil :

- cycloplégie (un cas rapporté par LINCOFF, un autre par BINOIS et SALZAC)
- ou comme nous l'avons vu, mydriase avec lenteur du réflexe pupillaire à la lumière , ou irrégularité pupillaire.

4/ - des troubles de la motilité extrinsèque (diplopie)

Insistons sur deux signes plus fréquents, quelques fois associés.

5/ - le blépharospasme avec ou sans ptosis

6/ - la photophobie

- M.A. LARMANDE et M. TOULANT en publient deux observations et insistent sur la valeur de leur association à une amblyopie pour permettre d'éliminer une cécité corticale.

- WOLFF et LACHMANN citent le cas de deux fillettes de 12 et 8 ans et demi avec amblyopie, photophobie, diplopie, scotomes colorés et abolition des réflexes cornéens.

- VAN CANNEYT et KLUYSELS décrivent un ptosis hystérique chez une fillette de 15 ans.

- D/ - L'examen ophtalmologique sera complété par des tests permettant d'affirmer l'irréalité de la baisse visuelle.

C'est là le but principal de l'examen.

Certains tests sont simples, d'autres plus complexes et mettent en jeu un appareillage spécial, ou bien font appel d'emblée à la compétence d'un psychiatre.

Ce sont d'une part les "Trick-tests" des auteurs anglo-saxons ou tests de simulation, manoeuvres subtiles auxquelles le malade devra se laisser prendre. D'autre part des méthodes très objectives soit directes, telles que l'hypnose, soit déductives, telles que l'enregistrement de la réponse psychogalvanique à la projection d'un test.

Il faudra choisir ces épreuves en fonction de l'intelligence de la coopération du sujet. Elles seront adaptées à chaque cas.

Nous ne pouvons certes pas décrire toutes les méthodes d'investigation. Nous citerons les plus importantes ou les plus commodes.

Trois catégories d'épreuves sont à envisager ;

1 - celles qui visent à prouver l'irréalité du rétrécissement concentrique,

1 - celles qui visent à infirmer la réalité de l'amblyopie.

Certains sont applicables seulement aux amblyopies importantes, d'autres aux amblyopies mesurables.

1/ - En ce qui concerne le retrécissement du champ visuel, nous avons déjà observé qu'il n'y a pas de commune mesure entre la symptomatologie fonctionnelle et ce que nous montre le tracé campimétrique.

Des enfant ayant un champ visuel en "canon de fusil" se dirigent aisément dans une pièce encombrée d'objets sans les heurter. Jamais ils ne se plaignent sportanément de ce rétrécissement.

Il semble donc qu'ils n'en soient ni conscients, ni gênés.
C'est cette particularité de leur comportement qui nous paraît à priori la plus importante pour le diagnostic d'amblyopie psychogène.

D'autres épreuves peuvent nous aider :

: a/ - Le test de l'"optically elicited movement" (rapporté par TOUSSAINT)

' Nous montre que si un tracé campimétrique apparaît au Goldmann , par exploration habituelle, de forme tubulaire, l'aire de vision périphérique se montrera parfois normale en autorisant le sujet à orienter le globe oculaire vers le spot lumineux dès qu'il l'aperçoit à l'extrême périphérie. Certains sujets refusent d'orienter le globe, mais acceptent d'orienter la tête, ce qui revient au même".

b/ - Une épreuve est particulièrement intéressante: c'est la projection de tests visuels sans narcose hypnotique.

Sous narcose hypnotique, les hystériques se souviennent très bien de ce qu'ils ont vu avec leur champ visuel prétendu aveugle, ce qui permet d'infirmer toute atteinte organique.

Nous reparlerons ailleurs de l'intérêt de cette méthode, non seulement dans un but diagnostique, mais encore thérapeutique.

c/ - Signalons une investigation portant sur le champ visuel "conscient" du malade.

Il s'agit de la mesure de la réponse psychogalvanique à la projection d'un test à la périphérie du champ visuel (KENT et SCHLAEGEL)

La réponse psychogalvanique (G.S.R.) est l'enregistrement des différences de potentiel qu'entraîne la sécrétion sudorale par modification du pH à la surface de la peau (au niveau de la paume des mains par exemple).

Cette sécrétion sudorale augmente sous l'influence d'émotions, mêmes minimes et se marque sur la ligne isoélectrique du tracé d'enregistrement par des accidents de plus en moins grande amplitude.

Il s'agit là d'une mesure fidèle qui enregistre même de très petites variations du pH cutané.

Ce procédé couramment employé en même temps que l'enregistrement électro-encéphalographique, est utilisé ici pour la reconnaissance de mots ayant un symbolisme psycho-affectif, projetés à la limite d'un champ visuel prétendu aveugle.

On veut savoir si le symptôme de conversion caractérisé par le rétrécissement concentrique est un phénomène de refus, de protection contre des stimuli à symbolisme effrayant et, dans la mesure où il y a une reconnaissance consciente des tests projetés, quelle est la durée nécessaire à la reconnaissance des tests.

Dans ce but, des groupes de mots de symbolisme différent mais de difficulté égale (symbolisme sexuel, symptômes visuels, symboles neutres) sont exposés au sujet dans la périphérie de son champ visuel pendant des temps de longueur connue, tandis qu'on enregistre le courant psycho-galvanique. Durant cette expérience, on effectue trois mesures :

- le seuil de reconnaissance consciente,
- la G.S.R. de préreconnaissance,
- la G.S.R. de post-reconnaissance.

La réponse psycho-galvanique est beaucoup plus importante pour les malades à champ tubulaire que pour les autres et leur "réactivité" est grandement exagérée.

2/ - Chez un sujet ne présentant apparemment plus qu'une perception lumineuse , ou même une cécité complète, si parfois le test de surprise peut être normal, il peut aussi être aboli et sa valeur, nous l'avons vu, est discutable.

On a décrit d'autres épreuves faisant appel au sens des positions segmentaires des membres.

Parmi celles-ci, le test de SCHMIDT-RIMPLER consiste à demander au sujet de regarder l'un de ses doigts: l'aveugle vrai pour autant qu'il n'ait pas d'ignosie corporelle, ni de troubles de la sensibilité profonde, le regarde très bien et d'emblée; alors que le sujet atteint de cécité psychogène le cherche avec hésitation.

3/ - Les amblyopies mesurables , où persiste un degré d'acuité visuelle utile, sont peut être plus difficiles à mettre sur le compte d'une origine fonctionnelle.

Pour la prise de l'acuité visuelle, on placera le sujet devant un tableau d'optotypes: on préférera la projection d'optotypes isolés au tableau de MONOYER habituel , ceci dans le but d'éliminer d'entrée la possibilité de toute fraude.

Après prise de l'acuité visuelle apparente, on essaiera, par des méthode de suggestion, d'augmenter cette acuité.

On peut comme le Pr: RENARD , utiliser des verres photométriques de TCHERNING de plus en plus clairs, associés ou non à des prismes légers - ou par des verres successivement convexes et concaves qui le neutralisent, persuader l'enfant qu'il a un

télescope devant les yeux (LINCOFF - P. FRANCOIS). On arrive ainsi à remonter l'acuité de quelques degrés, voire à 10/10.

On peut également placer des verres convexes de force dégressive, pour arriver avec un verre neutre à une acuité normale (P. FRANCOIS). Nous n'oublierons pas non plus d'éprouver l'efficacité de nos précieux placébos, de préférence douloureux (collyre au sulfate de zinc) ou gênants (cycloplégiques) !

Dans le cas d'amblyopie unilatérale, on se sert d'épreuves mettant en jeu la vision binoculaire.

a/ - La première est décrite dans une observation de
BERARD et Mme PREVOT

Chez un malade amblyope de l'oeil droit (VOD= 1/20) pour lequel on envisage le diagnostic d'"amblyopie congénitale aggravée par un facteur général mal déterminé", on propose le traitement médical de cette amblyopie.

"Nous constatons alors que l'examen au test de Worth est normal: pas de neutralisation de l'oeil droit.

Au synoptophore, orthoporie avec fusion des tests maculaires de -5 à + 20,

Au visuscope, fixation fovéoculaire ODG.

Avec une amblyopie de 1/20, ce malade n'aurait pas dû avoir un test de Worth normal et une fusion au synoptophore avec vision des tests maculaires OD6.

Le diagnostic de pithiatisme est alors porté et nous conseillons de faire très sérieusement une "rééducation" de l'amblyopie par la méthode des post-images de CUPPERS.

Dès la première séance, l'acuité remonte à 2/10; à la troisième l'acuité est à 4/10.... Après 10 séances, nous revoyons le malade : l'acuité de l'oeil droit est de 4/10" (acuité que le malade avait avant l'installation de son amblyopie et qu'on améliore à 8/10 après correction de -2,50 (0 _ 0,50).

Ainsi donc l'étude de la vision binoculaire du test de Worth et au synoptophore semble avoir ici une indication. Une bonne vision binoculaire est en effet incompatible avec une amblyopie unilatérale.

b/ - C'est aussi sur la nécessité d'une bonne vision binoculaire que sont basés les procédés par verres et tests colorés.

Nous ne les décrirons pas dans le détail. Rappelons seulement que le principe en est le suivant : sur fond noir le verre coloré éteint la couleur complémentaire; le rouge éteint le vert (procédé de SNELLEN STILLING - STOEBER), sur fond blanc le verre coloré éteint les caractères de même couleur (procédé de BRAVAIS - FONTORBE - MICHAUD.) Ces méthodes ont été améliorées par RENARD et DINZARD.

Pour effectuer correctement ces tests, il est donc nécessaire que le sujet ait approximativement la même acuité visuelle des deux yeux.

L'amblyopie d'origine psychique ne "sait" pas comment interpréter ces tests. Ce qui explique que simulateurs et pithiatiques puissent faire des réponses comparables.

EN RESUME, nous avons étudié dans ce chapitre non seulement les signes propres aux amblyopies psychogènes, en particulier les modalités du champ visuel les plus fréquents :

- rétrécissement centrique , tubulaire,
- inversion des limites campimétriques,
- invariabilité des limites quelles que soient
la taille , la brillance et la distance des tests,

mais aussi les méthodes permettant d'infirmar la réalité de l'amblyopie:

- méthodes prouvant le peu de gêne qu'accusent les malades,
- méthodes qui en augmentant l'acuité visuelle, ont non seulement un but diagnostic, mais aussi thérapeutique.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

=====

I/ - AFFECTIONS ORGANIQUES

Ainsi que nous l'avons déjà dit, la principale difficulté du diagnostic des affections psychogènes réside dans le fait qu'on a toujours peur de méconnaître une affection organique débutante qui serait majorée par le patient.

A/ - En présence de baisse brutale de la vision sans altération des fonds d'yeux, nous nous appliquerons à éliminer certaines affections dont le caractère organique nous serait imposé par un contexte clinique objectif évident.

1/ - En premier lieu, la cécité corticale

Certes, là aussi, le malade peut être indifférent à sa cécité, parfois même il la méconnaît ou la nie.

Mais le malade est un aveugle vrai et ne peut se guider seul.

D'autre part, à l'examen ophtalmologique, on trouve :

- une abolition du réflexe opto-cinétique,
- une absence de réflexe de défense,

Et il existe d'autres signes neuro-psychiques associés :

- confusion mentale, troubles de la mémoire,
- dissociation temporo-spatiale,
- et souvent troubles moteurs ou sensitifs.

Par ailleurs, l'électro-encéphalogramme est perturbé :
pas de réaction d'arrêt à l'ouverture des yeux au
niveau des électrodes occipitales.

Enfin, les circonstances étiologiques sont tout autres, et le plus souvent évidentes. Les cécités corticales sont d'ailleurs exceptionnelles chez le jeune, mises à part certaines cécités secondaires à une cause toxique ou infectieuse.

(Néphrite aiguë scarlatineuse, encéphalites, abcès métastatiques, méningites cérébrospinales).

Cependant , nous retiendrons une circonstance particulière où le diagnostic de pithiatisme peut être délicat: c'est la persévérance pithiatique d'un trouble initialement organique. C'est principalement le cas des cécités corticales d'origine traumatique.

2/ - Nous rapprocherons du cadre de la cécité corticale, celui de l'hémianopsie double qui peut d'ailleurs lui succéder.

Dans ce cas persiste un champ tubulaire central, mais beaucoup plus rétrécie (1 à 3°) que dans l'hystérie, et l'acuité visuelle est normale.

3/ - Quant aux agnosies visuelles, perte de l'évocation des mots,
alexie et agraphie,
agnosie corporelle et désorientation spatiale,
elles forment un tableau bien différent.

4/ - Le diagnostic de spasmes fugaces de l'artère centrale de la rétine peut se poser chez l'adulte jeune.

Il ne se pose qu'exceptionnellement chez l'enfant. Cependant on peut être amené à voir un de ces malades en dehors de la crise, alors que les vaisseaux rétinien sont d'apparence normale, ou même à l'occasion d'un spasme des capillaires rétinien, sans signe visible.

De toutes façons, la récupération visuelle est ici beaucoup plus trainante. Il existe en outre un terrain particulier d'instabilité neuro-végétative avec hypotension artérielle, voire un fond migraineux.

Ces spasmes essentiellement récidivants, finissent à la longue par déterminer des lésions dégénératives de la rétine, visibles à l'examen ophtalmoscopique.

B/ - Le problème le plus intéressant nous paraît être celui posé par certaines affections de névraxe, qui, si leur localisation première se fait sur le nerf optique dans sa portion rétro-bulbaire, peuvent en imposer à leur période d'installation pour une amblyopie psychogène.

En effet, la bilatéralité (le plus souvent rencontrée), la brutalité de la baisse visuelle, contrastent avec l'intégrité apparente du fond d'oeil, du moins dans les premières semaines; et il ne faut jamais se hâter de conclure à la nature fonctionnelle d'une amblyopie.

Dans le cadre de ces maladies, nous ne ferons que citer :

- la néuro-myélite optique ou maladie de DEVIC
- la maladie de SCHILDER-FOIX,

pour insister surtout sur un diagnostic: celui de :

- la sclérose en plaque,

Au cours de cette affection, en effet, d'une part les premières poussées de névrite optique ne laissent pas de décoloration visible de la papille; d'autre part, dans la littérature "il existe de nombreuses observations dans lesquelles un diagnostic hâtif s'était avéré faux après quelques mois; une symptomatologie oculaire de caractère nettement hystérique peut être greffée sur un premier épisode de sclérose en plaque dont la symptomatologie objective n'apparaît que plus tard". (TOUSSAINT).

Le même problème se pose pour certaines lésions optochiasmiques débutantes (gliomes du chiasma, cholestéatomes, arachnoïdites, névrites optochiasmiques). Ce problème est particulièrement angoissant dans les cas où une thérapeutique chirurgicale rapide doit être mise en jeu avant l'aggravation et l'irréversibilité des lésions.

Dans tous les cas hésitants, on se basera alors pour le diagnostic d'affection psychogène sur l'absence de tout signe objectif, tant à l'examen ophtalmoscopique qu'aux investigations radiologiques, examens qu'on saura répéter à intervalles réguliers et suffisamment rapprochés afin de ne pas méconnaître une atteinte débutante du tractus optique.

II - HYSTERIE ET SIMULATION

Plus qu'un problème diagnostique, différencier l'hystérie de la simulation pose un problème nosologique.

Nous savons en effet que le simulateur vise un but, et c'est volontairement, en pleine connaissance de cause, qu'il trompe les autres; il a pleine conscience des symptômes qu'il accuse. L'hystérique trompe les autres et lui-même, mais il est malaisé de savoir quelles sont les parts respectives du conscient et de l'inconscient dans l'expression de ses maux.

Certains n'ont voulu voir aucune différence entre pithiatisme et simulation. Il est vrai, et nous le verrons plus loin, que l'hystérique tire un bénéfice, un gain secondaire, de sa névrose. Dans quelle mesure l'entretient-il pour ce bénéfice ?

Il est difficile bien souvent de distinguer ces deux "fonctionnels" l'un de l'autre et en particulier chez l'enfant. Comme le dit SHELTON, "l'examen du simulateur devient une bataille des esprits". Et pourtant cette différenciation est capitale puisque le maniement et le traitement de ces malades en dépend.

Pour ce faire, on peut trouver des signes distinctifs dans leur comportement :

1/ - Les tests dits "de simulation" donnent en règle générale peu de variations dans le degré d'acuité visuelle chez l'hystérique.

Chez le simulateur, au contraire, les variations sont fréquentes, et les résultats sont souvent contradictoires.

Nous l'avons vu et nous le répétons, hystériques et simulateurs peuvent répondre de façon identique à ces épreuves, qui ne permettent pas à elles-seules de trancher la question.

2/ - Nous paraissent cependant probants :

1/ - les caractéristiques particulières du champ visuel dans l'amblyopie hystérique et notamment la constance des modifications campimétriques quelles que soient la taille du spot lumineux, sa brillance, sa distance à l'oeil du sujet, et également le caractère bien particulier du phénomène d'inversion.

2/ - l'existence d'un nystagmus opto-cinétique toujours normal chez le simulateur a aussi sa valeur, de même que

3/ - l'amélioration de l'acuité visuelle par le trou sténopéique chez l'hystérique.

4/ - Mais surtout l'attitude du sujet lors de l'examen est très différente :

- indifférence et nonchalance de l'un: peu gêné par son amblyopie, l'hystérique se dirige facilement dans une pièce, sans heurter les meubles.
- au contraire, le simulateur est inquiet, il a peur d'être démasqué, il est "plus aveugle qu'un aveugle " et force le jeu.

Par ailleurs, pendant l'examen, l'hystérique ne trouve pas le temps long, ne s'insurge pas contre les examens souvent répétés et montre une docilité , une suggestibilité particulières, alors que le simulateur ne se soumet que de mauvaise grâce et se montre même opposant.

Ainsi donc, si le diagnostic entre trouble organique et fonctionnel semble relativement aisé, la distinction entre affection simulée et proprement psychogène peut être délicate. En dernier ressort, il faudra en référer au psychiatre qui seul pourra affirmer qu'il s'agit de l'une ou de l'autre, et dans le cas d'affection psychogène, en recherchera la signification et posera les modalités du traitement.

=====

PSYCHO - PATHOLOGIE

Nous pouvons assez arbitrairement, classer les amblyopies psychogènes chez l'enfant et l'adolescent en deux groupes :

1/ - Les simples réactions d'opposition, phénomènes extrêmement banaux et fréquents, surtout au cours de la deuxième enfance.

2/ - Les amblyopies hystériques .

En fait chez l'enfant surtout, comme nous le verrons, opposition, hystérie, simulation sont souvent mêlés.

I - NOUS NE FERONS QUE PASSER SUR LES AMBLYOPIES PAR REACTION D'OPPOSITION

A/ - Opposition au milieu scolaire, et nous avons la fréquence de petits troubles fonctionnels visuels précédant ou accompagnant la rentrée scolaire :

- asthénopie
- spasmes d'accommodation
- petites baisses visuelles, voire même constitution

d'une véritable amblyopie hystérique, avec rétrécissement concentrique du champ visuel, telle l'observation rapportée par J. GRANGE : (résumé)

Observation :

Il s'agit d'un enfant de huit ans qui constitue une amblyopie à 4/10 OD6, avec rétrécissement concentrique, symétrique, à 20° du point de fixation, des deux champs visuels.

L'enfant est hospitalisé. Deux jours après son hospitalisation, une jeune assistante passe dans le service et rencontre l'enfant: "Venant à elle, il lui déclare: "je veux partir". "Pour partir, il faut être guéri" répond-elle. "Je suis guéri" dit l'enfant. Immédiatement entraîné dans une salle d'examen, il accuse VOD 9/10, VOG 10/10 obtenus avec projecteurs de tests, ce qui élimine la possibilité de toute fraude. Le champ visuel est normal.

Notons que ce syndrome était apparu avant la rentrée des classes".

B/ - Opposition au milieu familial : c'est le cas de deux de nos malades qui ont constitué une amblyopie par réaction de jalousie à l'égard d'un frère plus jeune.

C/ - Opposition au médecin lui-même: telle cette petite fille qui présenta une amblyopie dans les semaines qui suivirent une instillation d'atropine.

II - PLUS INTERESSANTE NOUS SEMBLE L'ETUDE DE L'AMBLYOPIE PAR NEVROSE DE CONVERSION

Selon FREUD, le refoulement est le mécanisme fondamental à la base de l'hystérie. Une insuffisance du contrôle mental conduit le malade à chasser de la mémoire et de sa conscience des expériences déplaisantes; mais il souffre de réminiscences, car ces expériences subsistent dans le subconscient, et attendent leur chance de pouvoir redevenir actives. Elles réussissent finalement à faire naître dans le conscient une forme distincte, mais non reconnaissable de l'idée réprimée: cette forme est le symptôme.

Il faut souligner que le symptôme hystérique, surtout dans ses manifestations visuelles chez l'enfant, revêt un rôle de protection.

Il s'agit fréquemment d'un enfant ayant vu une scène, une chose "défendue", ayant commis un acte répréhensible. Ces objets d'interdits sont le plus souvent à orientation sexuelle.

A/ - C'est quelquefois un enfant surprenant ses parents dans l'intimité, en regardant par le trou de la serrure, comme le montrent les observations suivantes.

Observation n° 1 (Mme AUDEUD-MAVILLE)

Il s'agit d'un garçon de 7 ans que sa mère amène en consultation pour perte subite de la vision de l'oeil droit.

Le médecin connaissait l'enfant pour l'avoir examiné quelques mois auparavant et avoir constaté l'intégrité de l'appareil visuel.

L'examen ne révèle aucun trouble somatique. Mais l'enfant n'a pas son comportement habituel. Son attitude plaide coupable.

Réstée seule avec lui, le médecin lui pose la première question qui lui vient à l'esprit: " Quand as-tu regardé par un trou de serrure ?".

L'enfant profondément décontenancé avoue avoir regardé par le trou de la serrure de la chambre de ses parents, lorsqu'ils s'y trouvaient enfermés.

On envoie alors l'enfant, bon catholique, chez son confesseur, qui sut, par l'action du pardon, supprimer les symptômes d'autopunition dont souffrait l'enfant, qui récupéra l'usage de la vision en sortant du confessionnal.

Observation n° 2 (LINCOFF H.A.- ENNIS J.)

Il s'agit d'un garçon de 10 ans qui présente une amblyopie modérée découverte par le médecin de famille, l'enfant s'étant mis à cligner des yeux.

L'examen montre un scotome annulaire bilatéral

VODG 20/70 O.U.

L'examen campimétrique oriente vers une affection neurologique, mais l'examen neurologique, la radiographie du crâne, l'E.E.G. sont normaux. On envisage alors le diagnostic de névrite optique rétro-bulbaire.

Deux mois après, l'examen reste identique :

- VODG 20/70 O.U.,

- FO normal,

- à l'étude du champ visuel, le scotome ne varie pas de taille lorsqu'on met l'enfant à 1 ou 2 mètres. On envisage alors le diagnostic d'A. hystérique.

En mettant devant chaque oeil des verres qui se neutralisent on arrive en persuadant l'enfant qu'il a devant les yeux un télescope, à lui donner de chaque oeil 20/15 O.U.

Dans la suite de l'observation, "l'examen de tests psychologiques montre que l'enfant a été témoin récemment des relations sexuelles de ses parents".

B/ - Une autre fois, c'est une fillette qui développe une cécité hystérique pour avoir découvert la morphologie sexuelle de son petit frère

Observation :

TOUSSAINT dans une étude sur l'amblyopie hystérique cite un cas rapporté par MENINGER :

"Il s'agit d'une fillette de 12 ans qui développe une cécité hystérique à la mort de son jeune frère.

Elle gardait depuis quelque temps une impression de culpabilité pour s'être un jour glissée dans la chambre de son jeune frère gravement malade, et l'avoir découvert pendant son sommeil afin de se rendre compte de l'aspect précis de ses organes sexuels.

Elle croyait échapper à ce sentiment de culpabilité, en se punissant elle-même les yeux..."

Dans ces exemples, comme le disent fort justement LINCOFF et ERICIS : " le symptôme hystérique signifie alors : "je ne peux pas voir, parce que j'ai vu et désire voir quelque chose de défendu".

L'enfant se punit pour échapper au sentiment de sa culpabilité, et par ce fait échapper à son angoisse:

" Ainsi, bien qu'inconsciemment déterminés, les symptômes de l'hystérie entraînent une protection partielle contre l'anxiété déclenchée par des conflits refoulés, aussi bien quelle en est une expression déguisée et symbolique". On peut aller plus loin: "l'absence de grande anxiété est signe d'hystérie; la réapparition de l'anxiété après le traitement indique la nature protectrice des symptômes".

C/ - Signalons aussi une cause d'amblyopie hystérique fréquemment rapportée: la crainte de ne pouvoir répondre aux conditions physiques exigées pour l'exercice d'une profession ardemment souhaitée - et ceci notamment en ce qui concerne l'acuité visuelle.

Nous allons à ce propos rapporter deux observations de J. SEDAM, qui nous ont paru intéressantes.

1er cas : L. Jane 20 ans

Strabique convergente opérée avec plein succès esthétique à l'oeil droit, à l'âge de 10 ans, et demeurée demi-amblyope de cet oeil.

VOD sans correction I/IO - $(90^\circ \pm 1)$ + 1 5/IO
alors que la vision de l'oeil gauche est normale et même supranormale.

Elle est donc considérée comme apte au monitoriat sportif où l'on exige 6/IO en vision binoculaire avec I/IO pour l'oeil le moins bon non corrigé et 5/IO corrigé.

La malade vit dans l'obsession d'échouer au contrôle de la vue. De son propre chef elle entreprend de faire travailler l'oeil amblyope par occlusion de l'oeil sain, sans aucun résultat pour le premier; par contre la vision de l'oeil sain lui paraît baisser et des examens successifs notent 7 - 6 puis 5/IO à un mois d'intervalle.

La malade testée peu de temps auparavant s'était avérée psychiquement absolument normale.

Le Pr SEDAN use alors d'un artifice simple qui s'avère pleinement efficace: l'occlusion de l'oeil amblyope. En quelques jours, l'autre oeil récupère sa vision normale. La malade passe avec succès ses examens. Un neuro-psychiatre consulté déconseille toute psychanalyse.

2ème cas : R. Pierre 25 ans,

Ancien élève de l'Ecole de la Marine Marchande avait une acuité suffisante aux différents contrôles visuels.

(VOD supérieure à IO/IO - VOG = 5/IO en raison d'une taie cornéenne et d'un astigmatisme irrégulier, séquelle d'une blessure par flèche à l'âge de 5 ans).

Dix jours après un éblouissement par court-circuit, la vue de l'oeil droit baisse à 6/IO, puis à 4/IO inaméliorables.

Le fond d'oeil, la vision maculaire (à la grille d'Amsler) étaient normaux.

Après prescription de verres "Luminal" Zeiss, très luminescents, en persuadant le sujet que ces verres mettaient la vision centrale en repos, 15 jours après, l'acuité visuelle était remontée à 10/10

III - LA PART DE LA SIMULATION, PHENOMENE CONSCIENT ET VOLONTAIRE
est malaisée à délimiter.

En effet névrose de conversion, réactions d'opposition ont souvent des fins utilitaires plus ou moins conscientes.

Nous ne parlerons que pour mémoire (mais il faudra toujours y penser) du désir fréquent de lunettes chez l'enfant, qui veut imiter ses aînés ou ses camarades.

Il ne fait pas de doute que certaines amblyopies psychogènes apportent au malade un bénéfice, un "gain secondaire" (secondary gain) dont il a plus ou moins conscience.

- Chez le jeune conscrit, ce peut être la réforme qu'entraîne son infirmité (comme dans une de nos observations).

- Chez l'enfant, qu'il s'agisse d'une jalousie vis à vis d'un frère ou d'une soeur plus jeune et plus choyé, d'un sentiment d'abandon familial ou d'incapacité scolaire, d'une fuite devant de nouvelles responsabilités qu'il se sent incapable d'assumer, son infirmité va résoudre ces conflits, lui apportant tendresse, attention, pardon des fautes passées, protection familiale.

Reprenons à titre d'exemple l'observation de LINCOFF et ENNIS. Un examen psychiatrique fut fait qui retrouva un double conflit chez cet enfant : conflit dans son milieu scolaire, conflit dans son milieu familial.

1/ - Dans son milieu scolaire ,

Un échec lui avait semblé porter préjudice à son prestige .. parmi les autres enfants. Le jeune malade remarqua lui-même que "cet échec pouvait être imputable à la baisse visuelle. Et même que cette infirmité pouvait entraîner de la sympathie, de la compassion pour lui de la part de ses camarades de classe".

2/ - Dans son milieu familial,

L'enfant éprouvait "une jalousie envers une soeur aînée préférée par la mère, un besoin inassouvi de tendresse maternelle, un sentiment de culpabilité vis à vis de sa soeur en raison de leur rivalité extrême à cet égard".

" Les gains secondaires (pitié, amour, attention, aide), obtenus par les symptômes névrotiques, sont souvent des obstacles au succès du traitement car les patients sont peu désireux de renoncer à des maladies qui ont de tels avantages pour eux ".

Enfin il faut tenir compte du comportement particulier à l'enfant: celui-ci naturellement fabule, construit, imagine, imite le jeu prenant alors tous les aspects de la réalité, sans qu'on puisse pour autant parler de névrose. Et ses manifestations fonctionnelles seront d'autant plus riches et répétées que sa mythomanie "rapporte" et que son entourage (tant médical que familial) en est dupe !

" Sans public et sans publicité, il n'y a pratiquement pas d'hystérie chez l'enfant."

Nous ne terminerons pas ce chapitre sans rappeler que les manifestations hystériques peuvent être l'expression d'une réaction d'opposition refoulée. C'est le cas d'enfants ayant un conflit familial d'ordre affectif auquel ils ne peuvent faire face.

Par ailleurs l'amblyopie psychogène peut s'intégrer dans le tableau de la démence précoce, qu'il s'agisse d'une schizophrénie en évolution, ou bien à son début, l'amblyopie pouvant alors en être la première manifestation.

Tels sont deux des cas rapportés par LINCOFF, dont les diagnostics psychiatriques furent respectivement :

"Schizophrénie à composante hystérique" et "schizophrénie aiguë". Il faudra toujours envisager chez les jeunes hystériques l'éventualité d'une psychose en évolution.

Comme on le voit ces manifestations dites fonctionnelles peuvent s'insérer dans un cadre neuro-psychiatrique variable. Certaines ont simplement la valeur d'une réaction d'opposition banale ou permettent à l'enfant d'obtenir des bénéfices secondaires appréciables; d'autres au contraire viennent révéler une structure évolutive de signification péjorative : état pré-névrotique, ou même névrose hystérique chez le grand adolescent; quelquefois même, on l'a vu, elles ne sont que les premières manifestations d'une schizophrénie.

De ce fait, il est préférable de s'entourer de l'avis d'une neuro-psychiatre qui paraît seul habilité à fixer le cadre nosographique et la signification pronostique.

La disparition de l'amblyopie au cours de l'examen ophtalmologique ne suffit pas en effet à assurer la bénignité du pronostic mental.

=====

TRAITEMENT

Nous avons vu tout au long de cet exposé que le devenir de l'amblyopie psychogène dépendait pour beaucoup de l'attitude du thérapeute.

Méconnaître la nature psychogène des troubles fonctionnels, les ramener à une organicité supposée, c'est fixer le malade dans son trouble.

A l'inverse, il est au moins aussi important de ne pas considérer comme un simulateur méprisable tout sujet présentant un trouble fonctionnel, une telle attitude pourrait compromettre gravement la psychothérapie, alors qu'une attitude plus compréhensive et plus subtile de chaque cas peut aider à mener une action thérapeutique qui vise non seulement la disparition du symptôme mais encore une normalisation sur le plan psychique.

Il n'en reste pas moins que l'ophtalmologiste sera amené bien souvent à employer des "méthodes de suggestion" qui permettront de restituer une vision normale. Il possède en effet toute une gamme de techniques qui doivent être appliquées avec discernement. Nous n'en donnerons que pour exemple les deux cas rapportés par J. SEDAN :

1/ - Occlusion de l'oeil gauche chez une jeune fille qui avait constitué une amblyopie hystérique de l'oeil droit par occlusion de ce dernier.

2/ - Port de verres luminescents sensés mettre au repos un oeil devenu amblyope après éblouissement.

" Le traitement institué doit être adapté "sur mesure" aux troubles accusés par le malade et établi sur la base de ses doléances propres, qu'il est non seulement essentiel de ne pas contrarier mais dans le sens desquelles il faut aller même plus loin qu'elles".

La persuasion, la suggestion, les tests dits de simulation, les placébos, ont donc non seulement un rôle diagnostic, mais ils peuvent être le point de départ d'un traitement en faisant prendre conscience au malade de sa récupération visuelle.

Mais il ne faut pas oublier qu'en utilisant ces méthodes, si nuancées soient-elles, on fait déjà une thérapie psychologique.

De toutes façons, tant que le terrain psychologique n'est pas modifié, le symptôme psychogène peut récidiver, soit sous la même forme, soit sous une forme différente, revêtant les caractères d'une autre symptomatologie de conversion - ou même se maintenir identique à lui-même.

Dans de tels cas, la collaboration avec le neuro-psychiatre apparaît indispensable.

Il faut donc s'appliquer à convaincre la famille du malade de la nécessité d'un examen psychiatrique. Seul le psychiatre pourra entreprendre un traitement efficace:

- en cas de réaction d'opposition banale, étude des éléments conflictuels qu'il faudra essayer de résoudre,
- dans les amblyopies hystériques, utilisation de toutes les techniques de suggestion armée (hypnose, neuro-analyse, isolement, etc...)

Rappelons à ce propos que la thérapeutique sera d'autant plus difficile que le symptôme est adapté à des fins utilitaires plus ou moins conscientes et que dans le cas particulier de l'enfant, il est enrichi par l'activité ludique de ce dernier, les conflits familiaux et les attitudes défavorables prises par les parents.

A plus lointaine échéance, le pronostic des amblyopies psychogènes sera nuancé, comme pour toutes les manifestations de l'hystérie, la névrose pouvant se développer sur un terrain mental fragile qui peut donner lieu à l'âge adulte à des formes psychopathologiques graves, ceci d'autant plus que la manifestation apparaît chez un enfant plus jeune et qu'elle apparaît plus rebelle aux techniques thérapeutiques que nous venons de décrire, ceci en dehors même des données obtenues par l'examen neuro-psychiatrique.

C O N C L U S I O N

Les amblyopies psychogènes de l'enfant et de l'adolescent posent comme toutes les manifestations psychogènes, le problème de la nature fonctionnelle des symptômes.

Le diagnostic positif de manifestation fonctionnelle est basé sur l'absence de tout signe objectif d'examen. Celui de trouble psychogène est posé sur des nuances cliniques portant sur le comportement du malade, les caractères particuliers du champ visuel, l'association d'un tableau fonctionnel polymorphe d'autant plus riche qu'on s'intéresse davantage au malade.

Le diagnostic est étayé par des manœuvres, des investigations qui montrent l'irréalité de la baisse de vision.

L'étude anamnastique familiale et sociale des malades et surtout le substratum psychologique permettent de rattacher les amblyopies psychogènes à des syndromes très différents: réaction d'opposition, nécrose de conversion, schizophrénie, etc...

De notre étude se dégage un certain nombre de points :

1/ - la nécessité de ne retenir la notion de troubles fonctionnel visuel qu'après avoir éliminé de façon formelle toute étiologie organique, en particulier une sclérose en plaque au début ou une lésion opto-chiasmatique en évolution,

2/ - ayant retenu un trouble fonctionnel, ne pas considérer le malade comme un simple simulateur et penser toujours à la diversité des structures psychologiques dans lesquelles peut apparaître l'amblyopie hystérique;

3/ - adapter enfin à chaque type d'amblyopie une forme d'investigation et une thérapeutique nuancée.

Chez l'enfant et l'adolescent, étant donné la tendance naturelle à la mythomanie du premier, et à l'opposition du second, la fréquence de ces troubles est plus grande, bien qu'ils ne revêtent souvent qu'un aspect mineur et aisément réductible.

Si l'ophtalmologiste n'arrive pas par un comportement compréhensif et subtil à ramener la fonction visuelle dans l'aire de conscience du malade, il faudra confier celui-ci à un psychiatre qui établira avec certitude l'origine des troubles et instituera une thérapeutique adaptée à chaque cas.

Vu, le Président de Thèse :

Professeur G. RENARD

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. SARRAILH

B I B L I O G R A P H I E

=====

- Mme AUDEOUD-MAVILLE Affections oculaires d'origine psychogène
(Problèmes actuels d'ophtalmologie - Tome I-
Karger édit. Bâles 1957 p. 694 - 706) in
Bibliotheca ophtalmologica
- BERARD P.V. et Mme PREVOT
Amblyopie pithiatique et vision binoculaire
(Bulletin des Sociétés d'Ophtalmologie de
France 1958 p. 545-547)
- Mme BRUMOTTE Les réactions d'oppositions - Etude clinique
et étiologique
(Revue de neuro-psychiatrie infantile et d'hygiène
mentale de l'enfance - Mars-Avril 1958 n° 3-4
p. 87-105)
- CUENDET I.F. Troubles oculaires psychogènes chez les jeunes
filles.
(Confinia Neuról. 1956 - 16 - p. 248 à 254)
- EGGERS H. Estimation de l'acuité visuelle non corrigée
chez les simulateurs
(Arch. of opht. 1945 - 33 p. 23-27)
- FRANCOIS P. Baisse d'acuité visuelle et petits pithiates
(Bulletin des Sociétés d'Ophtalmologie de France
1953 - p. 434-436).
- FREUD S. et BREUER J. Etudes sur l'hystérie

- GRANGE J. Pithiatisme infantile
 (Bulletin des Sociétés d'Ophtalmologie de
France - 1957 n° 1 p. 42-43)
- KENT N.D. et SCHLAEGEL T.F. Jr
 Perception selective et réponse autonome dans
l'amblyopie hystérique.
(A.M.A. Archives of ophtalmology - Chicago-
60 (3) - sept. 58 p. 450-454)
- KLUYSKEMS J. L'inversion des limites du champ visuel
 Contrôle par l'électro-encéphalographie.
(Soc. Belge opht. 105 - 29 Nov. 1953 p. 475-
489)
- LARIANDE M.A., TOULANT M.
 Valeur du bléphasosplasme et de la photophobie
au cours de cécités pithiatiques ou simulées
(Revue d'oto-neuro-optalmologie - Paris - 23, I
janvier 51 p. 44-45)
- LINCOFF H.A. et ENNIS J.
 Diagnostic entre hystérie et simulation dans
l'amblyopie fonctionnelle : rapport d'un cas.
(American journal of ophtalmology - Chicago
42 (3) septembre 56 p. 415-421)
- LINCOFF H.A. Scotome central bilatéral, d'origine hystérique
 (Am. M.A. Archives of ophtalmology - Chicago
62 -(2) aout 59 - p. 273 - 279)
- RENARD G. et DINZARD Test pour le dépistage de la simulation dans
 l'amblyopie monoculaire
 (Bulletin de la société d'ophtalmologie de Paris
12 avril 1951 page 495 - 497)
- SHELTON Eyes malingeners (simulateurs de troubles
 oculaires)
 (Oklahoma State Med. Association 1937 - 30 mars
p. 93-96)

- SPAETH E.B. Differentiation entre manifestations oculaires
d'origine hystérique et simulées.
(Arch. Opht. 1930 - 4 p. 911 à 938)
- SEDAN J. Sur deux nouveaux cas d'amblyopie psychogène
(Ophtalmologica - Basel - 137 (3) - Mars 1959
p. 137-142)
- TOUSSAINT D. L'amblyopie hystérique - discussion
(Bulletin de la société belge d'ophtalmologie
Bruxelles n° 114 - 1957 - p. 661-667; discus-
sion p. 668)
- YASUNA E.R. Amblyopie hystérique chez l'enfant et l'adulte
jeune
(A.M.A. archives opht. 1951 - 45 - p. 70 à 76)
- YASUNA E.R. Amblyopie hystérique . Sa différenciation de
la simulation
(Am. J. opht. 1946 - 29 p. 570 - 578)
- WAROT P. et MAURIN P. Hystérie infantile et juvénile
(Revue de neuro-psychiatrie infantile et d'hy-
giène mentale de l'enfance - Mai-Juin 1959
n° 5-6 p. 167 - 181)

=====



AGEMP
POLYCOPIE

8, rue Dante
PARIS-Ve

Téléphone : ODEon 58-90